flash GRIPPE

volume 4 / numéro 8

Le vendredi 25 avril 2014

LE VIRUS DE LA GRIPPE B CIRCULE ENCORE AU QUÉBEC

FAITS SAILLANTS

QUÉBEC

Indice d'activité grippale : modéré, avec une tendance stable

Pour la semaine se terminant le 19 avril 2014 (CDC 16) :

- Le pourcentage des appels à Info-Santé pour un syndrome d'allure grippale (SAG)[1] est de 0,6 % (n = 201) ; il est à la baisse et il se situe dans les valeurs attendues.
- Le pourcentage des consultations pour un SAG dans les urgences du Québec est de 4,0 % (n = 2775) et est lui aussi à la baisse.
- Le pourcentage des tests positifs pour l'influenza s'établit à 10 % et est stable (voir le graphique 1) :
  - 10 cas de grippe A et 111 cas de grippe B ont été détectés par les laboratoires sentinelles.
- Le pourcentage des tests positifs pour le virus respiratoire syncytial (VRS) est de 6,1 % et est à la baisse (voir le graphique 2).

Du 25 août 2013 au 19 avril 2014, 5492 cas de grippe A et 2412 cas de grippe B ont été identifiés par les laboratoires sentinelles. Parmi les cas de grippe A, le sous-type de 681 souches (12 %) a été déterminé ; 677 sont de sous-type A (H1N1) et 4, de sous-type A(H3N2). L'influenza A (H1N1) demeure donc la souche prédominante cette saison, bien qu'au cours des dernières semaines, la principale souche en circulation soit celle de la grippe B.

Au Québec, le taux d'incidence de la grippe B le plus élevé concerne les personnes âgées de 70 ans et plus alors que, pour la grippe A(H1N1), le taux d'incidence le plus élevé s'observe chez les enfants âgés de moins de 2 ans, suivis par ceux de 2 à 4 ans[2].

1. Le syndrome d'allure grippale (SAG) peut être attribuable à d'autres virus respiratoires qu'à celui de l'influenza.
2. Selon les données des laboratoires sentinelles.

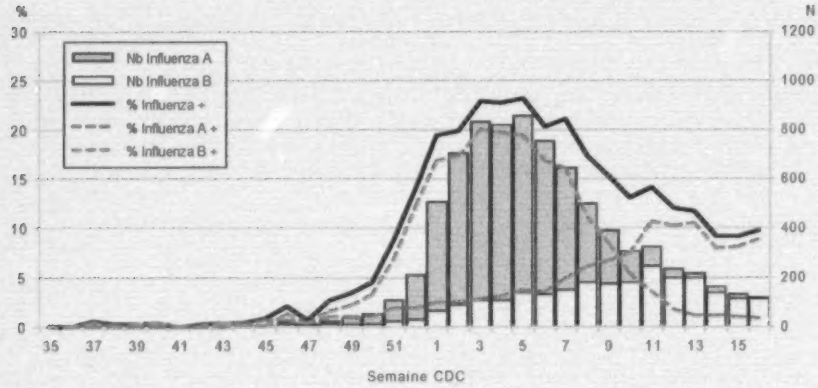
Contexte

La surveillance de la grippe saisonnière et des autres virus respiratoires repose sur la surveillance virologique assurée par le réseau des laboratoires sentinelles, la surveillance des SAG (d'après les appels au service Info-Santé et les consultations dans les urgences, auprès des groupes de médecine de famille sentinelles et dans les centres de santé des régions nordiques), la surveillance des éclosions dans les CHSLD, la surveillance des admissions pédiatriques ainsi que la surveillance des pneumonies et de l'influenza dans les centres hospitaliers du Québec.

Québec

GRAPHIQUE 1

Nombre et pourcentage de tests positifs pour l'influenza rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2013-2014



Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 22 avril 2014.

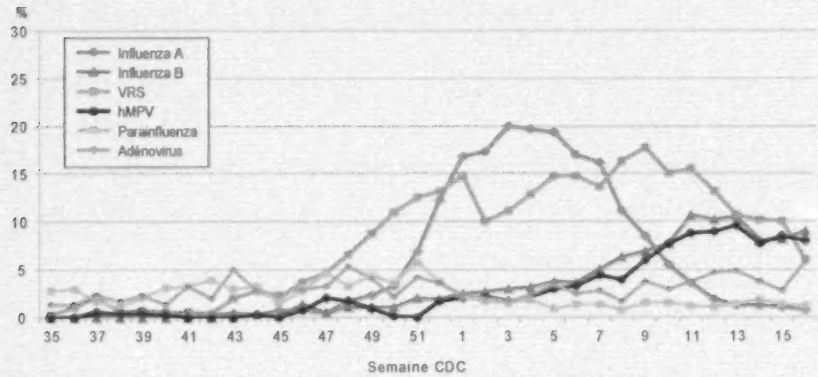
L'activité grippale est modérée, avec une tendance stable.

Pour la semaine se terminant le 19 avril (CDC 16), 121 cas d'influenza – soit 10 de type A et 111 de type B – ont été identifiés (10 % de tests positifs).

L'activité de la grippe B se maintient.

GRAPHIQUE 2

Pourcentage des tests positifs pour différents virus respiratoires rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2013-2014



Source : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza (SIVSI), 22 avril 2014.

Bien que la saison de la grippe A soit terminée, d'autres virus respiratoires circulent, dont celui de l'influenza B, le VRS, le métapneumovirus humain (hMPV) et l'adénovirus.

ACTIVITÉ GRIPPALE AU CANADA

Au Canada, l'activité grippale est soutenue par l'augmentation de la circulation du virus de la grippe B au cours de la semaine se terminant le 12 avril. L'Ontario, les Prairies et la Colombie-Britannique ont signalé une augmentation de la circulation d'influenza B.

La plupart des souches grippales circulant au Canada sont analogues aux composantes vaccinales. En date du 17 avril, le Laboratoire national de microbiologie, situé à Winnipeg, en a caractérisé 1 762 (dont 433 provenant du Québec). Toutes les souches d'influenza A (H1N1 et H3N2) et 94 % des souches d'influenza B sont analogues aux souches recommandées pour le vaccin antigrippal 2013-2014.

AUGMENTATION DE L'ACTIVITÉ DU MERS-CoV AU MOYEN-ORIENT

Au cours des dernières semaines, une augmentation du nombre de cas confirmés de coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) a été observée (voir le graphique 3). Ainsi, une éclosion nosocomiale touche présentement 5 hôpitaux de Djedda, en Arabie saoudite (64 cas, dont 12 décès) et plusieurs diagnostics confirmés, sans agrégat apparent, ont été signalés à Riyad (16 cas, dont 2 décès). De plus, 14 cas ont été confirmés dans les Émirats arabes unis; il s'agit de personnes qui ont été en contact avec un travailleur de la santé étant décédé du syndrome causé par le MERS-CoV.

Par ailleurs, le 17 avril, le ministère de la Santé de la Malaisie a rapporté son premier cas. Il s'agit d'un homme de 54 ans ayant effectué un pèlerinage en Arabie saoudite, au cours duquel il aurait visité une ferme de chameaux et consommé du lait de chamelle. Il est décédé. Des chercheurs ont mis en évidence que le MERS-CoV pourrait survivre au moins 72 heures dans le lait de dromadaire[3], mais des études supplémentaires seront nécessaires pour déterminer si le MERS CoV peut être excrété dans le lait.

Les autorités de la Grèce ont elles aussi rapporté leur premier cas, le 18 avril. Il s'agit d'un homme de 69 ans ayant résidé à Djedda et ayant consulté deux fois dans un hôpital de cette ville pour une maladie fébrile avec diarrhée (8 et 10 avril); un diagnostic probable de fièvre typhoïde a été posé (sa femme étant hospitalisée pour cette maladie). Après son retour en Grèce, l'homme a consulté de nouveau (17 avril). Il était atteint d'une pneumonie bilatérale et le diagnostic de MERS-CoV a été confirmé.

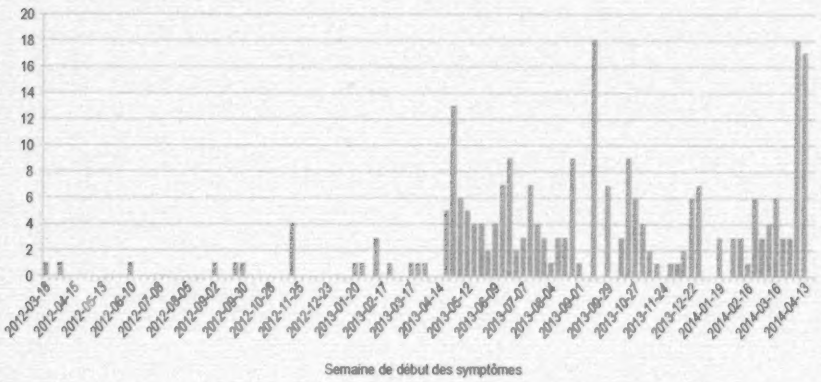
Au total, 254 cas et 93 décès (37 %) ont été rapportés à l'OMS (plus de 300 cas seraient rapportés, selon d'autres sources). Des auteurs ont soulevé l'hypothèse que l'augmentation des cas au cours des dernières semaines soit attribuable à une saisonnalité du virus (facteur non confirmé), à un changement dans la nature du virus, à une surveillance accrue du virus ou à l'ensemble de ces facteurs. La transmission interhumaine demeure limitée et, bien que le dromadaire ait été identifié comme un hôte intermédiaire possible, les modes de transmission demeurent à l'étude.

Au Québec, une fiche technique servant à la surveillance et à la gestion des cas et des contacts de MERS-CoV est présentée à l'adresse suivante: www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/. Précisons qu'aucun cas de MERS-CoV n'est survenu au Québec ni au Canada.

Enfin, mentionnons que la présentation clinique du syndrome peut être atypique et que des symptômes gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée) ont été observés chez près du tiers des cas.

GRAPHIQUE 3

Nombre de cas humains de MERS-CoV confirmés, rapportés à l'OMS depuis 2012



Note: Les cas dont la date du début de la maladie n'est pas connue sont répartis selon la date de la consultation médicale, de l'hospitalisation ou de la déclaration à l'OMS, selon l'information disponible.

Source: Organisation mondiale de la santé (OMS), 24 avril 2014.

3. N. Van Doremalen *et al.*, « Stability of Middle East respiratory syndrome coronavirus in milk », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 20, n° 7, juillet 2014, [En ligne], [http://dx.doi.org/10.3201/eid2007.140500].

Vaccination

Campagne de vaccination 2013-3014 : Fin de l'offre de vaccination systématique

Le pic d'influenza A étant passé, l'offre systématique de la vaccination à l'ensemble des personnes ciblées par le programme de vaccination contre l'influenza n'est plus recommandée pour la présente saison. Toutefois, afin de prévenir les complications de l'influenza B, cette recommandation est maintenue pour les personnes nouvellement admises dans un CHSLD qui n'auraient pas été vaccinées pendant la présente saison. Des doses de vaccins demeurent disponibles dans les régions pour répondre à la demande des personnes ciblées par le programme de vaccination gratuite ou pour des besoins particuliers (ex. : contrôle des éclosions d'influenza dans les établissements).

Vaccin trivalent contre la grippe saisonnière (prochaine saison, 2014-2015)

Le vaccin contre la grippe saisonnière qui sera offert pendant la prochaine campagne de vaccination (2014-2015) contiendra les souches analogues à A/California/07/2009 (H1N1), A/Texas/50/2012 (H3N2) et B/Massachusetts/2/2012, soit les mêmes souches que celles qui entrent dans la composition du vaccin antigrippal de la présente saison (2013-2014).

Vaccin quadrivalent contre la grippe saisonnière

Deux vaccins quadrivalents, comprenant deux souches d'influenza A et deux souches d'influenza B, ont été homologués le 6 février 2014. Au moins l'un de ces vaccins devrait être disponible pour la saison 2014-2015, mais aucun ne sera distribué dans le cadre du programme public de vaccination.

Gestion des éclosions dans les milieux de soins

Des recommandations pour la prévention et le contrôle de la grippe saisonnière dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ont été formulées par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) en 2012. Elles sont consultables à partir du lien hypertexte suivant : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1391_MesuresPrevControleGrippeSaisonCHSGS.pdf.

Le guide portant sur les recommandations pour la prévention et le contrôle des éclosions dans les CHSLD a été révisé en 2013 et il peut être obtenu auprès des directions de santé publique. Il est nécessaire de faire confirmer les éclosions de grippe par un test TAAN (ex. : RT-PCR) ; le LSPQ a fait une offre de service à ce sujet, laquelle est consultable à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/lspq/services_laboratoire/analyses.asp?Page=3b&S=t&Lettre=I.

De plus, des précisions portant sur ces deux guides ont été apportées par le CINQ dans le document intitulé *Précisions sur la gestion d'une éclosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieux de soins*, consultable à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1727_PrecGestionEcloMajGrippeSaisonNosoMilieuxSoins.pdf.

Surveillance des effets indésirables des antiviraux

Le programme Canada Vigilance, de Santé Canada, permet de recueillir et d'évaluer les effets indésirables des produits de santé (produits pharmaceutiques, biologiques ou radiopharmaceutiques et produits de santé naturels) commercialisés au Canada. Les bureaux régionaux de Canada Vigilance recueillent les déclarations et les transmettent au bureau national de Canada Vigilance.

Pour plus de renseignements : www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/report-declaration/index-fra.php.

Anticorps monoclonaux contre le virus respiratoire syncytial : palivizumab (Synagis^{MD})

Le virus respiratoire syncytial (VRS) circule au Québec, où l'on a identifié 6 % de tests positifs au cours de la semaine se terminant le 19 avril 2014. En ce qui concerne la prophylaxie des infections à VRS, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux recommande que le palivizumab soit utilisé en prophylaxie pour la prévention de la bronchiolite chez les enfants pour qui le risque de contracter cette infection est élevé, lorsque deux enfants ont été hospitalisés pour une infection à VRS (confirmée en laboratoire) dans la région, et cela deux semaines consécutives. Les enfants qui ont reçu cinq doses de palivizumab n'ont pas besoin de dose supplémentaire puisque les taux d'anticorps demeurent élevés pendant plusieurs semaines après la dernière dose.

Conseils de santé aux voyageurs

Les conseils de santé donnés aux voyageurs par l'Agence de la santé publique du Canada se trouvent à l'adresse suivante : www.phac-aspc.gc.ca/tmp-pmv/notices-avis/index-fra.php.

Prévention

Compte tenu de la circulation des virus respiratoires et des virus de l'influenza, l'application de l'étiquette respiratoire dans les salles d'attente et les mesures de prévention contre la transmission par contact et gouttelettes pour les cas de SAG doivent être renforcées dans tous les milieux de soins.

Pour plus de renseignements :

Stratégie de prévention des infections lors du processus d'évaluation des patients en milieu de soins – Avis scientifique, émis par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec en 2004 (www.inspq.qc.ca/publications).

Surveillance de la grippe saisonnière

OMS : www.who.int/influenza/fr/index.html

États-Unis : www.cdc.gov/flu/weekly/

Europe : www.euroflu.org/

MSSS : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?surveillance

ASPC : www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/index-fra.php

INSPQ/LSPQ : www.inspq.qc.ca/influenza/surveillance-de-l-influenza

Surveillance de l'influenza aviaire et du MERS-CoV

OMS : www.who.int/csr/don/en

États-Unis : www.cdc.gov/flu/avianflu/h7n9-virus.htm

États-Unis : www.cdc.gov/coronavirus/mers/

ASPC : www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/index-fra.php

FAO : www.fao.org/avianflu/fr/index_fr.html

OIE : www.oie.int/fr/sante-animale-dans-le-monde/portail-web-sur-linfluenza-aviaire/

RÉDACTRICE : M[me] Josée Dubuque

COLLABORATEURS : D[re] Monique Landry et les membres suivants du Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza : D[r] Hugues Charest, M[me] Julie Fortin, D[re] Christine Lacroix et D[re] Renée Paré.

Il est possible d'obtenir de l'information sur le *Flash grippe* en consultant le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza**.

Les personnes qui veulent recevoir le *Flash grippe* par Internet peuvent s'inscrire à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?abonnement**.

PROCHAINE PARUTION : LE 16 MAI 2014

Le bulletin *Flash grippe* est produit par le Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza. Les données présentées reposent sur la surveillance réalisée par les laboratoires sentinelles, les centres de santé nordiques (régions sociosanitaires 17 et 18), le service Info-Santé et Info-Social, le Laboratoire de santé publique du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec et les directions régionales de santé publique.

14-254-02F © Gouvernement du Québec, 2014
ISSN : 1927-792X

Santé et Services sociaux Québec